IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

Komisja Zdrowia

■ **Podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 7)**

z dnia 28 października 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 7)

28 października 2021 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Hoka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji na temat zarządzania zasobami krwi w Polsce i zoptymalizowania opieki nad pacjentami z transfuzjozależnością,

– omówienie analizy i wniosków z raportu Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów na temat: „Krew: lek, wartość, zasób. Aktualne wyzwania i potrzeby związane z przetoczeniami krwi w chorobach przewlekłych".

W posiedzeniu udział wzięli: **Małgorzata Lorek** dyrektor Narodowego Centrum Krwi, **Rafał Zyzik** specjalista kontroli państwowej w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Piotr Radziwon** konsultant krajowy w dziedzinie transfuzjologii klinicznej, **Bożena Katarzyna Budziszewska** konsultant wojewódzki w dziedzinie hematologii, **Iwona Hus** prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów wraz ze współpracownikami, **Katarzyna Lisowska** przedstawicielka Stowarzyszenia Chorych na Nowotwory Krwi i ich Rodzin Hematoonkologiczni, **Krzysztof Mądry** przewodniczący sekcji Polskiej Grupy ds. Leczenia Białaczek, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, **Wojciech Wiśniewski** ekspert ds. zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich oraz **Marek Wleklik** członek Izby Gospodarczej „Farmacja Polska".

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Jakub Stefański**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dzień dobry. Witam serdecznie państwa. Z małym opóźnieniem serdecznie witam na posiedzeniu podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego. Widząc obecność moich koleżanek i kolegów parlamentarzystów, stwierdzam kworum, a więc możemy rozpocząć nasze obrady.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje w pkt 1 rozpatrzenie informacji na temat zarządzania zasobami krwi w Polsce i zoptymalizowania opieki nad pacjentami z transfuzjozależnością – stanowisko będzie przedstawiał przedstawiciel ministra zdrowia. W pkt 2 jest omówienie analizy i wniosków z raportu Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów na temat: „Krew: lek, wartość, zasób. Aktualne wyzwania i potrzeby związane z przetoczeniami krwi w chorobach przewlekłych" – tutaj będzie przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów.

Czy są jakieś uwagi ze strony państwa posłów odnośnie do porządku obrad? Jeżeli nie, to przystąpimy do procedowania. Informuję, że materiały były dostępne dla wszystkich państwa parlamentarzystów w wersji elektronicznej w folderze SDI na iPadach, również w mailach. Moja propozycja polega na tym, aby wszystkie punkty, czyli zaproponowane pierwszy i drugi, zostały po kolei zreferowane, a następnie przeprowadzimy łączną dyskusję nad tymi punktami porządku dziennego.

W związku z tym chciałbym zapytać panie i panów posłów, czy ktoś wnosi uwagi do tej propozycji? Jeżeli nie, to przechodzimy do rozpatrzenia porządku naszych obrad.

W pkt 1 chciałbym poprosić przedstawiciela ministra zdrowia o przedstawienie informacji. W imieniu ministra zdrowia to stanowisko przedstawi pani Małgorzata Lorek, dyrektor Narodowego Centrum Krwi. Bardzo proszę panią dyrektor o wystąpienie.

Dyrektor Narodowego Centrum Krwi Małgorzata Lorek:

Dziękuję. Witam serdecznie. Panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, szanowni goście, chciałabym pokrótce przedstawić informację dotyczącą zarządzania zasobami krwi w Polsce. W Polsce mamy około 1,2 mln donacji rocznie, około 1,5 mln przetoczeń. Oczywiście ten rok pandemiczny trochę zaburzył pewne trendy i statystyki, bo wiele operacji było odwoływanych, wiele było ograniczeń w podmiotach leczniczych związanych z przyjmowaniem pacjentów, dlatego pewne trendy są odwrócone.

Narodowe Centrum Krwi codziennie monitoruje stany krwi, jak również weryfikuje w perspektywie pięciu dni roboczych zużycie, tak więc te codzienne i bieżące trendy są bardzo szybko wychwycone. Było to bardzo istotne w czasie pandemii, gdy nagle były odmrażane zabiegi. Widzieliśmy to z pewnym wyprzedzeniem, że zużycie krwi wzrasta wraz ze wzrostem zapotrzebowania szpitali.

Obecnie stany krwi, takie dzienne, są powyżej 20 tys. jednostek, co daje możliwość pełnej realizacji zapotrzebowań szpitali. Obecne stany są najwyższe z tych, jakie odnotowywaliśmy w perspektywie kilku ostatnich lat. Zazwyczaj o tej porze roku, w związku z tym, że zaczynał się już sezon grypowy, te stany magazynowe były na poziomie 18 tys., czyli rozkład poziomu stanu charakteryzuje się dość podobnym trendem.

Można przewidzieć zarówno większą aktywność dawców w pewnych okresach, jak i mniejszą aktywność. Pewnie słyszeli państwo niejednokrotnie apele czy też widzieli w mediach różną komunikację związaną z dość trudnym okresem wakacyjnym, bo w tym czasie rzeczywiście trudniej jest planować z racji tego, że trudniej jest bazować na tych stałych dawcach, którzy przychodzą, oddają krew, są w miejscu swojego zamieszkania.

W zależności od tego, jakie są trendy, jeżeli chodzi o aktywność dawców, jak również, jakie są trendy, jeżeli chodzi o zapotrzebowanie szpitali, dostosowywana jest komunikacja do dawców. Widzimy, że ta komunikacja jest skuteczna, bo nawet w czasie pandemii, w kolejnym okresie udało się zminimalizować potencjalne zniszczenia, czyli to pobieranie krwi było dostosowane do potrzeb szpitali. Obecnie dzienne zapotrzebowanie na krew to jest średnio około 3800 jednostek. Przed okresem pandemii wynosiło 4000–4200 jednostek. To były najwyższe piki, jeżeli chodzi o dzienne zapotrzebowanie na krew.

Każdy pacjent, który krwi potrzebuje, ją otrzymuje. Zdarza się oczywiście, że centra krwiodawstwa z bankami krwi ustalają realizację lub też częściową realizację zapotrzebowania, co najczęściej związane jest z tak zwanymi niedoborami jakościowymi, czyli w konkretnej grupie. Czasami ten dobór jest związany z potrzebami biorcy, który jest zimmunizowany i potrzebuje dobrania specyficznej krwi. Mam nadzieję, że odpowiedzią na to będzie również realizowany właśnie program zapewnienia samowystarczalności, dzięki któremu chcemy osiągnąć rejestr dawców rzadkich grup, tak aby realizacja zapotrzebowań była znacznie szybsza, jeżeli pojawi się zapotrzebowanie. Trend, jeżeli chodzi o aktywność dawców, jest stale rosnący.

Chciałabym też zwrócić uwagę na pewne wnioski, które się pojawiały, czy też decyzje. My w służbie krwi naprawdę staramy się robić bardziej dokładną predykcję. Nie zawsze maksymalizacja, czyli osiąganie wysokich wskaźników, że pobierzemy bardzo dużo, jest dobra. Musimy pobrać tyle, aby ten cenny dar, który przekażą nam dawcy, był wykorzystany i przekazany pacjentom, którzy tej krwi w danym momencie potrzebują. Przypominam, że krew ma ograniczony termin ważności po pobraniu i musimy to dostosowywać również do zapotrzebowania szpitali.

Jeżeli chodzi o wskaźnik w przeliczeniu na 1000 mieszkańców, to Polska plasuje się mniej więcej w okolicy 32. Światowa Organizacja Zdrowia w raporcie publikowanym w ubiegłym roku w czerwcu wskazuje, że w krajach o wysokim rozwoju – tak definiują – 31,5 to jest poziom optymalny. Pragnę zauważyć, że od wielu lat, od dziesięciu co najmniej, w wielu krajach europejskich podejmowane są działania dążące do tak zwanej optymalizacji zużycia czy też patient blood management – różne projekty, różne programy.

Również 10 lat temu rozpoczęto w Polsce taki projekt, aby była trochę większa świadomość lekarzy stosujących krew. Państwo jako specjaliści, którzy na co dzień wykorzystują krew, mają ogromną wiedzę. Niektórzy lekarze – mieliśmy takie zwrotne informacje po udziale w szkoleniach – stwierdzali, że rzeczywiście na wnikanie w te kwestie i delikatne aspekty transfuzjologiczne nie zawsze mają czas. Dlatego też projekt, który był realizowany w Polsce od wielu lat, którego już trzecią edycję wydania udało się zrobić przy udziale pewnie niektórych z państwa kolegów, konsultantów krajowych, był bardzo dobrze zaopiniowany.

Chciałabym zaznaczyć, że jeśli chodzi o wskaźnik na 1000 mieszkańców w Unii Europejskiej, Holendrzy w Sanguinie wdrażając taki projekt, wskazywali, że powyżej 30 to czasami może być zbyt dużo, żeby optymalnie wykorzystać. Ich celem w pewnym momencie było 25 jednostek na 1000 mieszkańców i przełożenie aktywności na pobierania osocza, które jest surowcem do wytwarzania leków ratujących życie i zdrowie pacjentów, czyli immunoglobulin albumin. Dlatego też chciałabym zauważyć, że te trendy w ciągu ostatnich dziesięciu lat zwiększyły się i niekoniecznie dąży się do maksymalizacji tego wskaźnika.

W ramach projektu zapewnienia samowystarczalności realizowanych jest wiele działań, wiele aktywności, które mogą zaradzić tym trendom i strukturze demograficznej naszego kraju, na co służba krwi bezpośrednio przełożenia nie ma. W raporcie również wskazywany jest trend w odniesieniu do populacji 18–24-latków. Wskazując, że ten trend spada, pragnę zauważyć, że obecna populacja 25–44-latków to są osoby w większości urodzone w czasie wyżu demograficznego, kiedy liczba urodzeń była na poziomie 650–700 tys. Obecnie liczba urodzeń rocznie jest zdecydowanie mniejsza, a jeśli chodzi o 18–24-latków, to liczba urodzeń w tym czasie wynosiła mniej więcej 400–450 tys. Patrząc na takie suche statystyki, warto też zwrócić uwagę na strukturę demograficzną i liczbę urodzeń, jaka była w danym okresie. To wpływa na to, że siłą rzeczy w populacji mamy mniej tych osób, co nie znaczy, że jest mniejsza ich aktywność, jeżeli chodzi o oddawanie. Pokazują to nasze badania, różne ankiety, które prowadzimy regularnie. Staramy się więc dostosować całą komunikację, zarówno w skali ogólnokrajowej, jak i regionalnej, do potrzeb tych osób.

Celem obecnie realizowanego projektu jest utrzymanie stałej liczby świadomych dawców, jak również zwiększenie tej wiedzy. Jeśli państwo widzą czasami w mediach różne komunikaty, to one są nastawione albo na takie spoty i działania tzw. go to action – w terminologii marketingowej, czyli takie, które spowodują i będą motywowały do działania, do pójścia do centrów, jak również takie, które będą uświadamiały. Widzimy, że to działa. Wielu dawców zrozumiało, że przed pójściem do centrum należy zweryfikować, jakie są stany w której grupie, że nie zawsze w grupie AB jest potrzeba, aby ci dawcy oddawali akurat krew pełną, żeby może oddawali inne składniki. Świadomość z roku na rok się zwiększa.

W czasie pandemii podejmowanych było wiele działań związanych z emisją spotów, udziałem w licznych akcjach, współpracą i komunikacją poprzez gabinet.gov na portalu IKP z wieloma podmiotami, które bardzo żywiołowo angażowały się w naszą komunikację, screen network. Drodzy państwo, większość tych elementów, które były gdzieś wykorzystywane, tych kanałów dotarcia, było również nieodpłatnie udostępnianych z racji solidarności społecznej.

Wiele organizacji chciało się zintegrować, wesprzeć działania, które są w służbie krwi, a początek pandemii był trudny, bo niektórzy krwiodawcy myśleli, że jeżeli są zamknięte supermarkety, to dlaczego nie zamknięto centrów krwiodawstwa – przecież tam też się spotykamy, może być jakaś interakcja, może być zagrożenie. No, nie można ich zamknąć, bo praktycznie 50% wydań to nie są operacje planowe, tylko to są bezpośrednie potrzeby, być może odpowiadające na potrzeby przez państwa zidentyfikowane w projekcie. Myślę, że to tak pokrótce.

Jeżeli chodzi o zarządzanie służbą krwi, to chciałabym w tym miejscu podkreślić ogromne zaangażowanie zarówno dawców, jak i wszystkich pracowników służby krwi. Wiele działań, zmian legislacyjnych, które były podejmowane, doposażania, przebudowywania centrów tak, aby zapewnić optymalne warunki pobierania krwi w czasie

pandemii, pokazało, że mamy naprawdę wspaniałych dawców, którzy bardzo chętnie reagują na różne akcje, którzy odpowiadają na te potrzeby i którzy wykazali się ogromną solidarnością społeczną. Oczywiście ta komunikacja i pobieranie krwi mogą być większe, niemniej jednak my też musimy dostosować ilość pobieranej krwi do potrzeb szpitali. Chciałabym, żeby pojawiła się świadomość, że nie możemy maksymalizować ilości pobieranej krwi, bo potem może się spotkać ze zniszczeniami, bowiem zapotrzebowanie na krew jest w pewnym okresie po prostu stałe.

Tak więc dziękuję. Jeżeli będą jakieś pytania, to bardzo proszę. Dziękuję serdecznie, panie przewodniczący, za głos.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, pani dyrektor. Już z tego wystąpienia widać, że dane statystyczne z państwa strony wyglądają trochę inaczej, jak również z tego raportu, ale o tym będziemy rozmawiali później.

Teraz bardzo proszę o wystąpienie pani prof. Iwony Hus, prezesa Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, na temat raportu opracowanego przez państwa. Bardzo proszę, pani profesor.

Prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów Iwona Hus:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, ja w imieniu naszego środowiska hematologów i transfuzjologów chciałabym bardzo podziękować za zwrócenie uwagi na problem optymalizacji leczenia krwią.

Raport, który opracowany został przez Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów, to taka wspólna praca obu naszych środowisk. My zresztą bardzo blisko współpracujemy. Przesłanką do tego raportu był raport europejski, który powstał i zawiera pewne rekomendacje dotyczące zarządzania krwią, tak abyśmy poprawili jakość leczenia. Pamiętajmy też, że chodzi o jakość życia chorych, a przede wszystkim tych chorych, którzy są uzależnieni od długotrwających przetoczeń.

W tym raporcie poruszyliśmy takie zagadnienia jak medyczne zastosowanie krwi, omówiony został polski system zarządzania krwią, zużycie krwi w Polsce, leczenie niedokrwistości w chorobach przewlekłych. To z naszej strony jest największy problem. Zostały wypracowane rekomendacje, które mówią o tym, jak byłoby dobrze, gdybyśmy to leczenie zoptymalizowali.

Pani dyrektor mówiła już o tym, że w Polsce w chwili obecnej mamy zapewnioną samowystarczalność w krew i jej składniki. Obawiamy się jednak – tutaj staramy się myśleć troszkę bardziej długoterminowo – że to zapotrzebowanie może wzrastać, szczególnie w aspekcie takim, że żyjemy dłużej, społeczeństwa się starzeją, w związku z tym zwiększa się częstość chorób, które są chorobami osób starszych, i może wystąpić większe zapotrzebowanie właśnie na leczenie krwią. Było to już omawiane, że mamy sporą liczbę dawców, niemniej jednak w czasie pandemii ta liczba zmniejszyła się. Wiemy też o tym, że może nieznacznie, bo nie wzrosła… Pamiętajmy też o tym, że szczególnie w poprzedniej fali mieliśmy jednak problemy z dostępnością krwi.

Mówiliśmy o obniżeniu progu do transfuzji. Rzeczywiście zdarzało się, że przychodzili pacjenci, określonej grupy krwi nie było. Oczywiście – to pani dyrektor wspominała – było też mniej planowanych zabiegów operacyjnych. Tak więc ja mówię przede wszystkim o takich pacjentach, którzy otrzymują to leczenie w sposób przewlekły i tego nie jesteśmy w stanie w chwili obecnej zmienić. To też pokazuje, że procedury zabiegowe to tylko 36%, czyli jakby jedna trzecia tych potrzeb, natomiast 64% to są pacjenci, którzy z innych przyczyn otrzymują transfuzję koncentratu krwinek czerwonych. Wiemy, że takie zapotrzebowanie wzrasta.

Mówiąc o chorobach przewlekłych, mam na myśli na przykład choroby nowotworowe układu krwiotwórczego, ale też pamiętajmy, że pacjenci, którzy przyjmowani są do oddziałów chorób wewnętrznych z powodu niedokrwistości, na przykład niedoborowej, też tę krew dostają. Mamy troszeczkę odmienne zdanie, że może nie zawsze oni wymagają tych przetoczeń. Wydaje mi się, że to też warto byłoby propagować.

Na tej rycinie widzicie państwo dwa słupki: C i D. To są właśnie nowotwory, bo nie tylko nowotwory układu krwiotwórczego to ta grupa pacjentów, która preparaty krwi

otrzymuje. To są również chorzy leczeni z powodu guzów litych. Otrzymują oni leczenie – chemioterapię – które wpływa na niedokrwistość i konieczność podawania preparatów krwinek czerwonych, a jak wiemy, nowotwory układu krwiotwórczego są małym wycinkiem ogólnej onkologii i guzów litych.

W związku z tym celem transfuzji oczywiście zawsze powinno być dostarczenie tlenu do tkanek i poprawienie wyników leczenia, ale pamiętajmy też o bezpieczeństwie. Jak tu dyskutowaliśmy z panem prof. Radziwonem, preparaty krwi obecnie są na tyle bezpieczne, że mniej obawiamy się powikłań, które mogą występować w trakcie transfuzji czy po transfuzji, ale są też odległe wyniki i odległe powikłania, z których najpoważniejszym i dla nas najważniejszym jest jakby przeładowanie organizmu żelazem.

Co możemy zastosować u chorych na choroby przewlekłe, którzy wymagają transfuzji? To może dotyczyć pacjentów chorych na guzy lite, którzy otrzymują chemioterapię i mają niedokrwistość. Stosujemy u nich od lat tzw. czynniki stymulujące erytropoezę, które przyczyniają się do wzrostu u części pacjentów stężenia hemoglobiny. Mamy nowy kierunek – i to jest bardzo ważne – czyli takie technologie lekowe, które mają zastąpić przetoczenia. Takim lekiem jest Luspatercept. To jest lek, który został zarejestrowany w leczeniu chorych na zespoły dysplastyczne niskiego i pośredniego ryzyka, czyli tę grupę, gdzie chorzy w dużej mierze są niestety transfuzjozależni. To wpływa na ich jakość życia związaną z przetoczeniami, bo przetoczenia krwi powinny być ostatecznością – chcielibyśmy, żeby tak było.

Zespoły mielodysplastyczne to właśnie ta grupa, gdzie niedokrwistość jest jednym z objawów początkowych. Ci chorzy właśnie z niedokrwistością zwracają się do lekarzy pierwszego kontaktu i z tego powodu jest prowadzona diagnostyka. Czyli około 47% z nich już w momencie rozpoznania są to pacjenci uzależnieni od przetoczeń krwi. Pamiętajmy też, że to są chorzy, którzy raz w miesiącu, czasem częściej, czasem rzadziej, muszą zgłosić się do szpitala i otrzymać transfuzję, co w chwili obecnej – jeśli mówimy o czasach pandemii, a te czasy nadal niestety… Zdarzało się, że jest ryzyko zakażenia się. My staraliśmy się, żeby większość naszych pacjentów była już zaszczepiona przeciw COVID-19, ale wiemy, że część chorych leczonych immunosupresyjnie niestety te szczepienia chronią w znacznie mniejszym stopniu.

Chciałabym też powiedzieć – bo to z naszego punktu widzenia jest bardzo ważne – o stanach przeładowania żelazem, wtórnej hemochromatozie, która może prowadzić do uszkodzenia narządów. To jest często bardzo ważny wpływ na stan zdrowotny tych pacjentów, a tego jakby nie jesteśmy w stanie uniknąć. Również leczenie, które ma zmniejszyć stężenie żelaza w organizmie, które prowadzi do uszkodzenia serca, wątroby, nerek, narządów miąższowych ogólnie, niestety nie jest dla nas dostępne.

Podsumowując, w przyszłości spodziewamy się groźby deficytu zaopatrzenia w krew, chociaż – tak jak mówiliśmy – w chwili obecnej jeszcze tak się nie dzieje. Dwie trzecie zapotrzebowania to są przede wszystkim niedokrwistości chorób przewlekłych. Taką sztandarową chorobą, nowotworem hematologicznym, nowotworem układu krwiotwórczego… Jeśli pacjenci są uzależnieni od transfuzji, to jest ich główny problem i główny problem nas, lekarzy, którzy opiekujemy się tymi pacjentami. Częste przetoczenia mogą powodować ciężkie skutki uboczne, przede wszystkim przeładowania żelazem i też niestety wymagają zwykle hospitalizacji.

Istnieją nowe technologie. Zależałoby nam na tym, aby można je było szerzej wprowadzać. Taką technologią jest na przykład Luspatercept w leczeniu chorych na zespoły mielodysplastyczne.

Nie miałam już czasu o tym mówić – brak jest jednolitych standardów dotyczących postępowania w przetoczeniach. Strategia restrykcyjna versus liberalna, czyli przetoczenia przy wyższych stężeniach hemoglobiny czy przy niższych. Dyskutowaliśmy jadąc na to spotkanie, że jednak częściej ta restrykcyjna jest przez nas wybierana, biorąc pod uwagę też te powikłania.

Zatem nasze wnioski byłyby takie. Myślę, że o tym też mówiliśmy wcześniej – to jest ogromna zasługa osób związanych z zarządzeniem, z pobieraniem, z transfuzjologami oraz Narodowego Centrum Krwi, że mamy kampanie społeczne, bo my o tym też mówimy, trzeba to kontynuować, żeby nasi dawcy byli. Wybór między polityką restryk-

cyjną a liberalną nadal wymaga dalszych badań. Istotne jest również to – edukacja i lekarzy rodzinnych, i internistów w oddziałach chorób wewnętrznych, aby pamiętali, że patrzymy na stan kliniczny, a nie tylko na stężenie hemoglobiny, decydując o przetoczeniu. Myślę, że taka wspólna praca wpłynie na to, że będziemy mogli zoptymalizować leczenie krwią. Dziękuję państwu bardzo za uwagę.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, pani profesor. Proszę państwa, oczywiście będziemy toczyli dyskusję, ale chciałbym uprzedzić państwa, że prawdopodobnie około 12.00, może z minutami, będziemy musieli zrobić paręnaście minut przerwy, ponieważ trwają obrady na sali plenarnej Sejmu i będą głosowania, na których jesteśmy zobligowani być. W związku z tym, jeżeli będzie taka potrzeba, to pozwolę sobie prosić państwa o trochę cierpliwości i 15 minut naszej nieobecności. Później będziemy kontynuowali.

W związku z tym otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa parlamentarzystów, pań posłanek i panów posłów, chce zabrać głos? Jest pani posłanka Zawisza. Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Dziękuję, panie przewodniczący. Z przedstawionego nam szczegółowo raportu, poza tym, że mamy dosyć ograniczone zasoby krwi, wynikają dwie strategie postępowania – ograniczenie zużycia krwi oraz zwiększenie jej podaży, bo ilość oddawanej krwi spada. Chciałabym skupić się na początku na podaży krwi.

Polskie państwo zachęca do oddawania krwi. Mamy naprawdę piękne kampanie pokazujące, jak szlachetnym gestem jest oddawanie krwi, jak jest potrzebne, natomiast trochę poza tymi opowieściami, jakby bazowaniu na tej szlachetności, w dużej mierze oddawanie kwi w Polsce daje korzyści w postaci ośmiu tabliczek czekolady i przysłowiowego uścisku dłoni prezesa. Zniżki na leki w aptece dla krwiodawców – powiem to wprost – to ponury dowcip. Nie są na wszystkie leki. Tam, gdzie są, to jest oszczędność, która wywołuje zakłopotanie, bo jak inaczej nazwać sytuację, w której nagrodą za oddanie kilkunastu litrów krwi są 2 zł?

Pierwsza więc rzecz, pytanie do ministerstwa – jak zachęcić do oddawania krwi tak, żeby urealnić korzyści dla zasłużonych, honorowych dawców krwi? Na myśl przychodzi mi np. ustanowienie podobnych uprawnień jak dla seniorów 75 plus. Nie widzę powodu, dla którego mielibyśmy ograniczać te zniżki w aptekach do leków tylko powiązanych z krwią. Myślę, że można by to poszerzyć.

Kolejna rzecz to jest wprowadzenie innych rzeczy, które mogłyby zachęcić, czyli nie wiem, takiego bonu turystycznego 500 plus. Poszukać w innych przestrzeniach zachęt do tego, żeby ludzie zostawali honorowymi dawcami krwi i żeby ta liczba osób, które są dostępne w bazie, była większa. Mówię to też jako osoba, która z tego korzystała, bo dwukrotnie miałam nowotwór złośliwy. Jestem osobą, która ma chorobę autoimmunologiczną związaną z krwią po tych właśnie przetoczeniach, więc potrzebuję bardzo konkretnych osób, które będą oddawały krew, ponieważ mam przeciwciała limfocytotoksyczne i przeciwciała przeciwpłytkowe – to jest wyższa szkoła jazdy. Zatem również w swoim interesie apeluję o to, żeby rząd rozważył wprowadzenie większej liczby korzyści.

Drugą ważną rzeczą w raporcie jest ograniczenie zużycia krwi, np. przez stosowanie leków, które pomagają nie dopuścić do zaawansowanych stanów niedokrwistości. Tu znowu mamy sytuację, że preparaty żelaza i witaminy B12 są pełnopłatne. I to nie jest nawet kwestia pieniędzy, bo ani chorych na niedokrwistość nie jest tylu, aby to powodowało jakieś ubytki w budżecie NFZ-etu, ani te preparaty nie są cenowo poza zasięgiem publicznego płatnika, a czasami dla osoby, która zarabia mało albo dostaje niską emeryturę, może to być bariera finansowa.

Chciałabym więc zadać pytanie, czy Ministerstwo Zdrowia identyfikuje takie bariery? Czy możliwe jest bardziej kompleksowe podejście do tematu ograniczenia zużycia krwi i wprowadzenie jednak na przykład pełnopłatności po stronie budżetu państwa w przypadku tych leków, które pozwalają na zapewnienie lepszego poziomu krwi? Przynajmniej na tym pierwszym etapie, bo wiadomo, że to też nie zawsze działa. Dla chorych to może

być dziś duże ograniczenie, a dla budżetu państwa to będzie coś, czego budżet nawet nie zauważy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Oczywiście bardzo zasadne pytania skierowane do ministra zdrowia. Myślę, że pani dyrektor nie jest w stanie odpowiedzieć… Jeżeli może się pani odnieść, to bardzo proszę, ale te uwagi, wszystkie, o których mówiła pani posłanka, należałoby skierować do ministra zdrowia…

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Tak zrobię. Wyślę interpelację.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Bardzo proszę. A jeżeli dyrektor Narodowego Centrum Krwi, pani Lorek, może odpowiedzieć przynajmniej na parę tych pytań, to bardzo proszę.

Dyrektor NCK Małgorzata Lorek:

Tak. Dziękuję serdecznie. Odnośnie do dostępności do leków i tych zniżek 75 plus, to Ministerstwo Zdrowia odniesie się w formie pisemnej. Chciałabym jednak odnieść się do kwestii tych tzw. przywilejów, bonów turystycznych i wszelkich innych aktywności.

Musimy pamiętać, że stabilność systemu krwiodawstwa i bezpieczeństwo biorców to tak naprawdę bardzo odpowiedzialni dawcy. To nie mogą być dawcy, których można przekupić bonem 500 plus, którym można zapłacić, dać po prostu pieniądze. To nigdy nie może wiązać się tylko z gratyfikacją, dlatego że doświadczenie wielu krajów, które bardzo długo utrzymywały te przywileje, gratyfikacje finansowe, pokazywało, że tak naprawdę ta krew później nie była bezpieczna do przetoczenia biorcom, bo nie wynikało to z pobudek altruistycznych – chęci oddania krwi i pomocy drugiemu człowiekowi, tylko jednak z chęci zysku. Wówczas ci dawcy zatajali informacje w ankietach, a jednak ankieta i ten kwestionariusz w dalszym ciągu są jednym z bardzo ważnych i istotnych etapów kwalifikacji. Musimy liczyć się z tym, że każdy, kto będzie chciał oddać krew, musi odpowiedzieć uczciwie, a nie tylko mając na względzie to, że zaraz straci bon turystyczny, na który liczy. Zatem bardzo ostrożnie podchodzimy do rozszerzania kategorii przywilejów.

Niemniej jednak na ostatnim posiedzeniu podkomisji do spraw petycji rozmawialiśmy i chcemy w pewnym sensie uhonorować takich dawców, którzy właśnie tak nie robili, żeby oddanie krwi nie wiązało się bezpośrednio z gratyfikacją. Chodzi o to, aby uhonorować być może zniżkami osoby, które oddały 40–50 litrów krwi, czyli mówimy o dawcach altruistycznie, którzy oddają krew właśnie za podziękowanie i uśmiech, że zrobili coś dobrego, za samą satysfakcję, nie licząc na korzyść. Nie wiem, jakie będą ostatecznie rozstrzygnięcia – zniżki na przejazdy albo nawet bezpłatne przejazdy. Tak więc myślimy, ale każdy z takich pomysłów chcemy rozpatrywać w kontekście bezpieczeństwa biorcy i przede wszystkim myśląc o tym, aby ktoś, kto chce oddać krew, przyszedł i zrobił to z dobrego serca. Tylko wówczas będziemy mieli do czynienia z bezpiecznym krwiodawstwem dla wszystkich.

Natomiast w odniesieniu do tych leków, to tak jak powiedziałam, odpowiedź będzie udzielona w formie pisemnej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Oczywiście rozpoczynamy dyskusję. Chciałbym tylko państwa już uprzedzić, że za dziesięć dwunasta będziemy musieli zrobić 15 minut przerwy, ponieważ mamy informację, że o 12.00 będą głosowania. Mamy jeszcze troszkę czasu. Kontynuujmy więc dyskusję, a po naszej krótkiej nieobecności wrócimy do dalszej. Myślę, że ten czas wykorzystają państwo w kuluarach, żeby wyjaśnić sobie różnice w poglądach. W tej chwili wracamy do dyskusji. Tylko proszę się przedstawiać do mikrofonu, ponieważ to wszystko jest potrzebne do protokołu. Bardzo proszę o zabieranie głosu.

Proszę bardzo. Tylko proszę się przedstawić.

Przewodniczący sekcji Polskiej Grupy ds. Leczenia Białaczek Krzysztof Mądry:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, Krzysztof Mądry, hematolog. Klinika Hematologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Chciałbym podzielić się z państwem problemami, jakie napotykamy. Zajmuję się głównie pacjentami z przewlekłą niedokrwistością, z zespołem mielodysplastycznym, którzy przewlekle wymagają przetoczeń preparatów krwiopodobnych. Jako szeregowy lekarz klinicysta chciałbym się podzielić problemami, jakie mamy na co dzień z takimi pacjentami.

Pierwszy punkt. Wydaje się, że optymalnie byłoby doprowadzić do tego, żeby pacjenci nie wymagali przetoczeń. To jest niejako truizm, aczkolwiek pojawiają się nowe leki, tak jak Luspatercept, który jest lekiem zarejestrowanym w Unii Europejskiej, ale w Polsce nierefundowanym. Miejmy nadzieję, że kolejne leki będą w najbliższym czasie się pojawiały.

Drugi problem to problem powikłań poprzetoczeniowych, czyli przeładowania żelazem. Często chorzy mają niewydolność serca, niewydolność wątroby, po licznych przetoczeniach W zasadzie w Polsce nie możemy redukować poziomu żelaza u tych naszych chorych, ponieważ jeden z leków, Deferasirox, jest refundowany tylko do 18 r.ż.

Kolejnym jest problem organizacji przetoczeń preparatów krwiopochodnych. Niestety, patrząc na naszych pacjentów, mają oni duże problemy z przetoczeniami, ponieważ ośrodki hematologiczne nie są w stanie zagwarantować wszystkim naszym pacjentom przetoczeń koncentratu krwinek czerwonych i płytkowych. Pacjenci trafiają do tzw. rejonowych oddziałów internistycznych, gdzie często są różnie traktowani, nie zawsze udaje się im to przetoczenie uzyskać. Dosłownie wczoraj podczas dyżuru trafiła do nas na korytarz pacjentka, która nie została przyjęta w innym szpitalu w Warszawie, gdzie powiedziano jej: „Proszę się u nas nie pojawiać, to jest problem hematologiczny". To są fakty z naszego codziennego życia.

Konsultowałem dzisiaj z kolegami na odprawie, jak te problemy można próbować rozwiązać. Jednym z rozwiązań – nie wiem, co państwo transfuzjolodzy o tym sądzą – jest skrócenie czasu obserwacji pacjenta po zakończeniu przetoczenia. W tej chwili pacjent musi być od 12 do 24 godzin w szpitalu. Wydaje się, że nasza propozycja, jako hematologów, a przynajmniej ich części, skrócenia do może sześciu godzin byłaby jakimś rozwiązaniem. Taki pacjent nie musiałby dużo czasu spędzać w szpitalu.

Kolejne zagadnienie. Pacjenci, którzy są już leczeni paliatywnie, nie mogą otrzymywać preparatów krwiopochodnych w hospicjach. Takie jest zarządzenie. To jest kolejny wątek, który myślę, że byłby bardzo cenny. I jeszcze kolejny – rozważenie ewentualnie stworzenia ośrodków przetaczania przy regionalnych centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Takie praktyczne pomysły dzisiaj sugerujemy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pani profesor, bardzo proszę.

Prezes PTHiT Iwona Hus:

Dziękuję bardzo. Chciałabym bardzo poprzeć wniosek kolegi, ponieważ ci pacjenci rzeczywiście często są istotnym problemem. Oni muszą być hospitalizowani – a w oddziałach szpitalnych nie ma łóżek – niezależnie od tego, jaki jest powód tej transfuzji. Jeśli już pacjent jest leczony z powodu hematologicznego, to właściwie wszędzie wszystkie oddziały są przepełnione. To jest naprawdę ogromny problem, bo my musimy tego pacjenta przyjąć, a po prostu nie mamy łóżek. Stworzenie więc takich centrów, gdzie pacjent mógłby przyjść na transfuzję, czy z hospicjum, czy z domu, kiedy jest taka potrzeba, rzeczywiście byłoby… To jest bardzo cenna uwaga i bardzo ją popieram.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Oczywiście to jest bardzo zasadna uwaga, ponieważ to dotyczy nie tylko państwa problemów. To samo jest z chemioterapią. Konieczność 2–3-dniowego pobytu pacjenta to jest zagadnienie typowe dla Ministerstwa Zdrowia i Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji. O tym trzeba mówić. Dlatego prosiłbym, żeby może państwo te swoje uwagi skierowali bezpośrednio do nas, do naszej podkomisji, czy do mnie, a my w postaci interpelacji czy pytania… Ta droga jest chyba trochę szybsza, łatwiejsza. Dlatego prosiłbym o takie konkretne uwagi i pytania, o których państwo mówili, o zgłaszanie ich do nas, a my nadamy im trochę innego toru i myślę, że odpowiedź powinna przyjść dużo szybciej.

Pani się zgłaszała. Bardzo proszę.

Przedstawicielka Stowarzyszenia Chorych na Nowotwory Krwi i ich Rodzin Hematoonkologiczni Katarzyna Lisowska:

Katarzyna Lisowska, Stowarzyszenie Hematoonkologiczni. W sumie to wszystko, co chciałam powiedzieć, powiedział przed chwilą pan doktor Mądry. Ja pracuję bezpośrednio z pacjentami. W tej chwili mamy kilkudziesięciu pacjentów, którzy są podawani procedurze transfuzji w szpitalach.

Proszę państwa, my często szukamy takiej placówki, gdzie pacjent mógłby poddać się transfuzji. Dlaczego? Jakiś czas temu, przed pandemią, myśleliśmy, żeby wyjść może z takim pomysłem, projektem, żeby każdy pacjent mógł być… Na przykład na SOR-ze mogłaby odbyć się taka transfuzja. Później był pomysł, że może na oddziale wewnętrznym szpitala, jeżeli jest. Jednak zarówno SOR-y, jak i oddziały wewnętrzne – tak jak powiedział przed chwilą pan doktor – odsyłają wszystkich pacjentów do oddziałów hematologicznych. Jeżeli więc są tabletki – one są – jest pandemia, nie ma łóżek, tak jak tu państwo profesorowie powiedzieli, ciągle mamy problemy z dostępem do tych szpitali, jeżeli można podać te tabletki, to ja tego nie rozumiem, że w dobie pandemii, kiedy dba się o tego pacjenta, kiedy się zastanawiamy, jak mu pomóc, nie możemy mu pomóc.

Moi pacjenci są w różnym wieku i naprawdę ci młodzi ludzie są zdesperowani. Ostatnio dziewczyna jechała z Gdańska do Torunia, bo tam zgodzili się podać jej krew, poddać ją transfuzji. Myślę więc, że my, pacjenci, mamy takie samo zdanie jak państwo profesorowie, państwo lekarze. Popieramy ich za całego serca i ten problem widzimy. Może wspólnie zastanowilibyśmy się, jak ten problem z krwią rozwiązać.

Muszę państwu powiedzieć, że po przeładowaniu żelazem zmarło mi w zeszłym roku około pięciu pacjentów. Śmierć każdego pacjenta jest dla mnie bardzo emocjonalna, ponieważ zżywam się z tymi pacjentami. Oni do mnie dzwonią, ja ich kieruję. Moim zdaniem to były kolejne niepotrzebne śmierci, skoro są tabletki do podawania. Zwłaszcza ludzi starszych, którzy mieszkają w małych miejscowościach i muszą prosić rodzinę, znajomych o to, żeby ich gdziekolwiek dowieźli… O tym też się nie mówi.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Rzeczywiście chyba nam wszystkim narzuca się taka uwaga, że szkoda, że nie ma przedstawicieli ministerstwa. Z całym szacunkiem dla pani dyrektor, jest to trochę inny poziom. Jeżeli krótko, to proszę od razu odpowiedzieć.

Dyrektor NCK Małgorzata Lorek:

Drodzy państwo, odniosę się do kilku kwestii. Skrócenie czasu obserwacji do sześciu godzin. Jest wśród nas pani prof. Papis. Instytut Hematologii i Transfuzjologii generalnie dyktuje te warunki, jeżeli chodzi o merytoryczne rozporządzenia ministra zdrowia, i na wniosek instytutu może to być zmienione. Jeżeli w takim razie taka potrzeba jest zgłaszana przez ekspertów medycznych, to będzie to rozpatrzone, do analizy.

A odnośnie do tabletek, o których państwo wspominają, czyli produktu leczniczego Reblozyl, do Ministerstwa Zdrowia wpłynął wniosek o objęcie refundacją i tak naprawdę etap sprawy jest przed negocjacjami Komisji Ekonomicznej. W lipcu było stanowisko Rady Przejrzystości, natomiast w sierpniu była wydana opinia prezesa Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji, który nie rekomenduje objęcia refundacją tego leku. Lek ten nie jest również refundowany w żadnym kraju o podobnym PKB per capita. Jednak, jak rozumiem, w dalszym ciągu jest to etap przed negocjacjami Komisji Ekonomicznej, tak więc jeszcze cały proces procedowania objęcia ewentualnie refundacją tego leku nie jest zakończony w Ministerstwie Zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Jeszcze proszę o krótkie wystąpienie. Za chwileczkę musimy z panem posłem pójść na salę, ale oczywiście wrócimy do dyskusji. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie transfuzjologii klinicznej Piotr Radziwon:

Piotr Radziwon, jestem konsultantem krajowym do spraw transfuzjologii klinicznej, a jednocześnie przewodniczącym Krajowej Rady do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. Temat skrócenia czasu obserwacji jest już przygotowany na najbliższe obrady, bo wiemy, że taki problem jest. Prosiłbym więc, żeby może państwo jeszcze na razie

w to się nie angażowali, bo może uda się to nam zrobić na naszym szczeblu. To tylko taka krótka informacja.

A jeśli chodzi o optymalizację, to istnieje nie tylko problem refundacyjny. Tak jak ten raport pokazał, w krwiolecznictwie ciągle jeszcze mamy potrzebę optymalizacji – ta potrzeba jest dość duża. Ona wynika nawet z moich obserwacji, które prowadzę, jeśli chodzi o leki, które są refundowane, na przykład erytropoetynę czy leki stymulujące erytropoezę. Tam, gdzie są wskazania, one też nie zawsze są stosowne przez lekarzy. Po części to wynika może ze strachu, po części może z pewnych zaszłości historycznych, ale też wynika to z tego, że w szpitalach brakuje transfuzjologów klinicznych, którzy by tej optymalizacji pilnowali i wprowadzali ją w szpitalach.

Mam więc uwagę, że wskazane byłoby, żeby specjalizacja z transfuzjologii klinicznej trafiła na jakąś listę priorytetową, by lekarzy zachęcać do jej robienia, bo z tym mamy ogromny problem w tym kraju. Tak samo nie ma obowiązkowych szkoleń z transfuzjologii dla lekarzy, którzy takie szkolenie ukończyli na stażu 15 czy 20 lat temu. Ta wiedza i sposoby leczenia też trochę się ewaluują. Warto taką wiedzę przyspieszyć. Tak więc optymalizacja jak najbardziej jest wskazana, bo te możliwości już istnieją.

A mówiąc o zasobach, to zasoby są wystarczające, wydaje mi się. Więcej zachęt dla krwiodawców ja bym raczej nie zalecał z tego względu, że w naszym kraju tych zachęt, porównując z krajami zachodnioeuropejskimi, jest i tak bardzo dużo. Tak naprawdę jesteśmy już na granicy uznania naszego krwiodawstwa za nie do końca honorowe, co jest nam narzucone w dyrektywie Unii Europejskiej. Byłbym więc z tym bardzo ostrożny, bo możemy przekroczyć tę czerwoną linię i zostaniemy posądzeni o to, że jesteśmy krajem, który ma płatne krwiodawstwo, a tego dyrektywa nam zabrania na dzień dzisiejszy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie profesorze. Rozumiem, że sugestia była taka, żebyśmy nie przeszkadzali, bo pewne etapy są w resorcie… Domyślam się mniej więcej, o co chodzi – żeby nie przeszkodzić, nie zaszkodzić, bo to jest później różnie odczytywane.

Proszę państwa, jeżeli dalsza dyskusja, to bardzo proszę, chyba że państwo… Nie, nie. Teraz idziemy z panem posłem na salę. Jeżeli więc chcecie państwo dalej dyskutować, to bardzo proszę za 15 minut. Myślę, że jest jeszcze tyle tematów, że chcecie państwo rozmawiać. My na 15 minut z panem posłem, doktorem Douglasem, opuścimy salę, a później wrócimy do naszej dyskusji. Bardzo przepraszamy, ale obowiązki parlamentarne nas wzywają. Dziękuję bardzo.

Ogłaszam przerwę techniczną na 10–15 minut.

[Po przerwie]

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Ogłaszam koniec przerwy, koniec rozmów kuluarowych. Spełniliśmy obowiązki z panem posłem i wracamy do dyskusji. Sejm będzie pracował w dalszym ciągu nad akcyzą na alkohol i papierosy, ale to tak na marginesie. My wracamy do naszego tematu. Kontynuujemy dyskusję. Bardzo proszę o zgłaszanie się do głosu. Bardzo proszę.

Rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Aleksandra Rudnicka:

Ja myślę, że jeśli chodzi o temat, o którym dzisiaj mówimy, to on zbiera wszystkie sprawy systemowe związane z hematoonkologią – z hematologią, powiedziałabym szerzej – dlatego że w ogóle w onkologii i w hematologii widzimy potrzebę przejścia w wielu procedurach na tryb leczenia ambulatoryjnego albo tryb leczenia jednego dnia. Jest to lepsze zarówno dla pacjentów, bo długi pobyt w szpitalu nie wpływa dobrze na ich psychikę, jak i dla lekarzy, którzy będą w związku z tym mniej obciążeni. Dobrze – tak jak pan profesor mówił – że takie kroki zostały podjęte, bo to dotyczy nie tylko przetaczania krwi, ale wielu innych procedur w hematologii.

Tak samo ten temat łóżek hematoonkologicznych, który jest ciągle powtarzany. Brakuje łóżek, kadr i jeszcze tego, o czym od lat mówił pan prof. Jędrzejczak – hospicjów hematologicznych. To jest temat, który też jest nierozwiązany. To są takie tematy, które są stale poruszane i troszkę jak bumerang wracają.

Natomiast my uważamy – tutaj z koleżanką rozmawiałyśmy, jesteśmy przedstawicielkami pacjentów – że podobnie jak transplantologia krwi i przeszczepy komórek macierzystych są takimi procedurami honorowymi tak oddawanie krwi i honorowe krwiodawstwo to jest coś, co na świecie ogólnie istnieje i nie może być mowy o żadnym wynagrodzeniu, żadnej komercjalizacji. Takie poczynania w ogóle nie wchodzą w grę. Uważamy, że zarówno szpik kostny, jak i krew to są dary, to jest rodzaj takiego bardzo humanitarnego postępowania, które warto szerzyć wśród osób, które mogą takie dary… Przecież nie każdy może, ze względu na swój stan zdrowia, wiek, nawet wagę, oddawać krew.

My na przykład pisaliśmy w „Głosie Pacjenta Onkologicznego" – pani dyrektor nam taki artykuł napisała… Bardzo chętnie będziemy tę ideę szerzyć i wszelkie państwa informacje na ten temat w sposób całkowicie bezpłatny w naszych social mediach czy w naszych wydawnictwach będziemy propagować, bo uważamy, że to jest bardzo ważne.

Mieliśmy na pewno duży problem z transfuzjami w czasie pandemii, bo, co wszyscy państwo mówią, nie zawsze te procedury są wykonywane w instytutach – to są zupełnie inne miejsca, ale w wielospecjalistycznych szpitalach, gdzie były te oddziały zamykane albo była pandemia i powodu pandemii były zamykane. I rzeczywiście – to, co Kasia mówiła – pacjenci do nas dzwonili i prosili o pomoc ze znalezieniem takiego miejsca, w którym te procedury mogą być wykonywane.

I jeszcze jeden temat. Temat nowoczesnych technologii, które dopiero raczkują, tak bym powiedziała, bo mamy pierwszy taki lek, który pozwala stymulować wytwarzanie czerwonych ciałek krwi u pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi. Na pewno warto w takie technologie inwestować. My o tym mówimy. Zresztą mieliśmy tu z panem posłem podobne posiedzenie właśnie na temat innowacyjnych technologii, gdzie mówiliśmy, że takie technologie są opłacalne dla systemu. Opłacalne są dla systemu krwiodawstwa w Polsce, ale też są bardzo ważne dla pacjentów, bo one zmieniają nie tylko ich stan kliniczny, ale i jakość życia. Ci pacjenci nie muszą co jakiś czas przebywać w szpitalu, zwłaszcza że jeśli mają opiekunów, to są dodatkowe koszty z tym związane. To też jest pewna droga do optymalizacji gospodarowania zasobami krwi.

Myślę, że te tematy, które dzisiaj wszyscy poruszamy, to są tematy, które się porusza. One wymagają pewnych rozwiązań. Na przykład, wiem – pani prof. Marańda z dumą mi oświadczyła, że nie będzie na naszym forum, ale będą egzaminy i przybędzie 20 nowych hematologów. Pan profesor z kolei mówił o szkoleniu bardzo specjalistycznym w zakresie transfuzjologii, żeby poszerzać wiedzę na ten temat. Ja myślę, że tę wiedzę trzeba też poszerzać wśród pacjentów. Powiem, że my wydaliśmy taki „Głos…" poświęcony poniekąd temu tematowi i uważam, że najlepszym artykułem dla pacjentów, który został napisany w sposób zrozumiały, był artykuł pani pielęgniarki, która prosto wyjaśniała, na czym te procedury polegają.

My mamy dobrą tradycję w Polsce, jeśli chodzi o honorowe krwiodawstwo. Osoby, które to robią, są wysoko cenione i są dostrzegane. Myślę, że ten trend należy poszerzyć o młodsze grupy osób, bo z tym tematem chyba za mało… Jest chyba taka grupa studentów. Pani dyrektor gdzieś o tym pisała, że oni też zajmują się tym tematem. To powinno być też propagowane wśród młodszych grup naszej populacji, żeby krwi było coraz więcej. No i nowoczesne technologie i zmiany organizacyjne… Wiemy, że same technologie – o tym też rozmawiałyśmy w przerwie – nie obronią się. Jeżeli chcemy coś nowego wprowadzić, nowy lek, to system musi być do tego przygotowany, że coś się zmienia w związku z tym.

Tak samo trzeba rozwiązać problem – Kasia o tym mówiła – gdzie te procedury przeprowadzać, jakie byłoby optymalne miejsce do przeprowadzania tych procedur. Teraz będzie powstawało coś na kształt krajowej sieci hematoonkologicznej i myślę, że jakieś rozwiązania też będą zaproponowane. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo za kolejny głos. Ja wiem, że pani Aleksandra Rudnicka jest znana doskonale nam wszystkim, dużo i długo mówi, ale prosiłem, żeby przedstawić się do mikrofonu do protokołu.

Rzecznik PKPO Aleksandra Rudnicka:

Pan przewodniczący nieustająco mnie o to prosi i nie dlatego, tylko tak z rozpędu…

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Wszyscy panią znają, ale mikrofon jeszcze nie rozpoznaje pani głosu, tak więc bardzo proszę o dyscyplinę.

Rzecznik PKPO Aleksandra Rudnicka:

Myślę, że w tej maseczce jeszcze dodatkowo jestem nierozpoznawalna.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Ale pani jest znana z małomówności, więc wszystko wiemy, o co chodzi, pani rzecznik.

Bardzo proszę. Pan prosił o głos. I też proszę się przedstawić.

Ekspert ds. zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Tak też zamierzałem. Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich. W związku z tym, że jesteśmy na posiedzeniu podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego, pomimo że teraz o tym nie rozmawiamy, zaś panowie posłowie zajmowali się przed chwilą nowelą ustawy o podatku akcyzowym, chciałbym podtrzymać stanowisko federacji, że mamy nadzieję, że kiedyś podczas noweli tego typu ustaw będziemy myśleć bardziej o zdrowiu publicznym niż o efekcie fiskalnym.

Natomiast przechodzę do tematu dzisiejszego spotkania. Mam tylko jedno pytanie. Mianowicie, rok temu opublikowana została informacja i wypowiedzi niektórych przedstawicieli rządu, dotyczące tego, że w ciągu trzech lat dojdzie do spodziewanej od bardzo, bardzo dawna budowy fabryki frakcjonowania osocza i zapewnienia pewnej samowystarczalności w tym kontekście. Podczas dzisiejszego posiedzenia wszedłem na stronę Rządowego Centrum Legislacji, na stronę Kancelarii Prezesa Rady Ministrów – nie dojrzałem nigdzie projektu noweli ustawy o krwiodawstwie i krwiolecznictwie, w której ten temat miał być zawarty. Chciałbym więc zapytać – przepraszam, jeżeli to pytanie powinno trafić bardziej do przedstawiciela resortu zdrowia – czy i kiedy możemy spodziewać się, że Wysoka Izba zajmie się tym tematem? Już z tych trzech lat zostały nam tylko dwa, a wydaje się, że tego typu przedsięwzięcia są nie tylko istotne, ale mają horyzont wieloletni. Podejrzewam po prostu, że tej obietnicy nie będzie można dotrzymać. Pięknie dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pani dyrektor Lorek, jak widzę, już wyrywa się do odpowiedzi na to pytanie. My nie będziemy pytali o to, żeby – tak jak pan profesor mówi – nie zaszkodzić tematowi. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Dyrektor NCK Małgorzata Lorek:

Małgorzata Lorek – to do protokołu, panie przewodniczący. Odnośnie do projektu ustawy – projekt został skierowany przez ministra zdrowia do wpisu do wykazu prac rządu. Obecnie projekt jest już po konsultacjach wewnętrznych. Natomiast jest jeszcze weryfikowany dokument przez pełnomocnika rządu w zakresie tych trzech lat i strategii, o której pan mówi. Tak więc z chwilą, gdy będziemy mieli już stanowisko pełnomocnika rządu w zakresie narodowej fabryki osocza, wówczas ten projekt będzie. Jest już warunkowo pozytywna opinia Centrum Analiz Strategicznych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, pan poseł, pan dr Jerzy Hardie-Douglas.

Poseł Jerzy Hardie–Douglas (KO):

Z uwagą przeczytałem państwa raport i tak się zastanawiam, bo napisaliście o dwóch strategiach – liberalnej i restrykcyjnej, jeżeli chodzi o toczenie krwi. No, z jakiegoś powodu to znalazło się tutaj. W związku z tym wydaje się, że dzisiaj w Polsce obowiązuje system restrykcyjny – z tego co pamiętam, 7g hemoglobiny jest granicą, poniżej której powinno się krew toczyć. Oczywiście są od tego jakieś wyjątki, jak ostra choroba wieńcowa czy niedokrwistość, kiedy podchodzi się bardziej liberalnie.

Pytanie moje jest takie, czy gdyby podaż krwi była większa, to państwo by to weryfikowali, czy też uważacie, że to jest generalnie podejście słuszne? Już pomijam sprawę tego przeładowania żelazem itd. przy częstych transfuzjach, ale ludzie, którzy mają 10 g hemoglobiny na pewno czują się lepiej niż ci, którzy mają 7 g albo 6 g. Chodzi mi o to, czy to jest temat na przyszłość do jakiejś dyskusji o weryfikacji podejścia do tej granicy, przy której toczy się krew?

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie hematologii Bożena Katarzyna Budziszewska:

Katarzyna Budziszewska, jestem konsultantem wojewódzkim w dziedzinie hematologii dla województwa mazowieckiego i autorem raportu. Faktycznie, jeśli chodzi o podejście restrykcyjne do przetoczeń, to ono jest już powszechnie uznane i zaakceptowane w odniesieniu do chorych przebywających na oddziałach intensywnej terapii i chorych hospitalizowanych z powodu powikłań pokrwotocznych lub chorych, którzy są po operacjach na przewodzie pokarmowym – kolokwialnie mówiąc.

Natomiast w chwili obecnej nie mamy jeszcze jednoznacznych wytycznych i badań, które mogłyby potwierdzić, że podobnie jak w przypadkach wspomnianych przez mnie chorych polityka restrykcyjna przetoczeń jest korzystniejsza ze względów zdrowotnych dla tych pacjentów. To dotyczy bardzo szerokiej grupy pacjentów nowotworowych, m. in. chorych hematologicznych, m.in. dużej grupy pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi, którzy tak naprawdę żyją dzięki przetoczeniom. Tu nie mamy jednoznacznej odpowiedzi. Oczekujemy jeszcze na wyniki badań, które potwierdzą, czy terapia restrykcyjna jest pod względem zdrowotnym dla pacjenta korzystniejsza, biorąc pod uwagę powikłania tych przetoczeń.

Na razie stosujemy więc terapię restrykcyjną w związku z możliwościami i zasobami krwi, jakie mamy. Być może uzyskamy to potwierdzenie w badaniach i wtedy będziemy rekomendować zdecydowanie takie podejście. W tej chwili jest to też związane z całą polityką krwi, jaką mamy w Polsce.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos? Proszę bardzo.

Przewodniczący sekcji Polskiej Grupy ds. Leczenia Białaczek Krzysztof Mądry:

Bardzo dziękuję, że pan poseł wychwycił właśnie ten wątek polityki liberalnej i restrykcyjnej…

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Proszę przedstawić się do mikrofonu.

Przewodniczący sekcji Polskiej Grupy ds. Leczenia Białaczek Krzysztof Mądry:

Krzysztof Mądry, klinika Hematologii WUM.

Dlatego że właśnie tutaj jest specyficzna grupa pacjentów, czyli ci, którzy mają przewlekłą niedokrwistość. Nie taką doraźną, jednorazową, tak jak chorzy z problemami z przewodu pokarmowego czy chorzy kardiologiczni. A skądinąd wiemy, że jeżeli ktoś ma przewlekłą niedokrwistość i hemoglobinę poniżej 8 czy 9 g/dl, to bardzo to sprzyja rozwojowi chorób serca. Tak więc wydaje się, że polityka liberalna w tej grupie chorych jak najbardziej może znaleźć zastosowanie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos? Jeżeli nie, to stwierdzam, że wyczerpaliśmy porządek dzisiejszego posiedzenia i zamykam posiedzenie podkomisji.

Dziękuję państwu bardzo za udział, za obecność. To, co możemy przekazać dalej, to przekażemy, panie profesorze, a czego nie, to nie. Czekamy na pewne rozstrzygnięcia. Cieszę się, że pani dyrektor przekazała nam dużo informacji, ale czekamy też na stanowisko ministra zdrowia odnośnie do naszych wszystkich uwag. Tak więc dziękuję serdecznie za dzisiejsze spotkanie.